FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 188 — N° 159

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 13 mars 1889, à 1 heure

Par ALBERT LEFORT

Né à Roistel (Somme), le 14 octobre 1861

DES

FOLLICULITES URÉTHRALES BLENNORRHAGIQUES
CHEZ L'HOMME

Président : M. FOURNIER, *professeur*

Juges : MM. { GUYON, *professeur.*
RENDU, RIBEMOND-DESSAIGNES, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DES ÉCOLES
HENRI JOUVE
23, Rue Racine, 23

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DAMASCHINO. DIEULAFOY
Pathologie chirurgicale	GUYON. LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils	DUPLAY.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveaux-nés	TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	STRAUSS.
Clinique médicale	G. SÉE. POTAIN. JACCOUD. PETER.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	RICHET. VERNEUIL. TRELAT. LE FORT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement	N.

Professeurs honoraires.

MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice

MM. BALLET	MM. HANOT	MM. PEYROT	MM. REMY
BLANCHARD	HANRIOT	POIRIER, chef des travaux anatomiques	REYNIER
BOUILLY	HUTINEL	POUCHET	RIBEMONT-DESSAIGNES
BRISSAUD	JALAGUIER	QUENU	ROBIN (Albert)
BRUN	JOFFROY	QUINQUAUD	SCHWARTZ
BUDIN	KIRMISSON	RAYMOND	SEGOND
CAMPENON	LANDOUZY	RECLUS	TROISIER
CHAUFFARD	MAYGRIER		VILLEJEAN
DEJERINE			

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Témoignage de ma profonde reconnaissance.

A MA FAMILLE

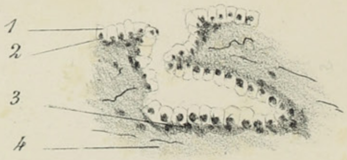
A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

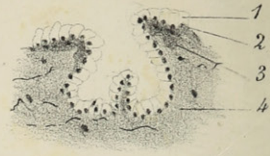
MONSIEUR LE PROFESSEUR FOURNIER

Membre de l'Académie de Médecine
Médecin à l'hôpital Saint-Louis
Officier de la Légion d'honneur

1



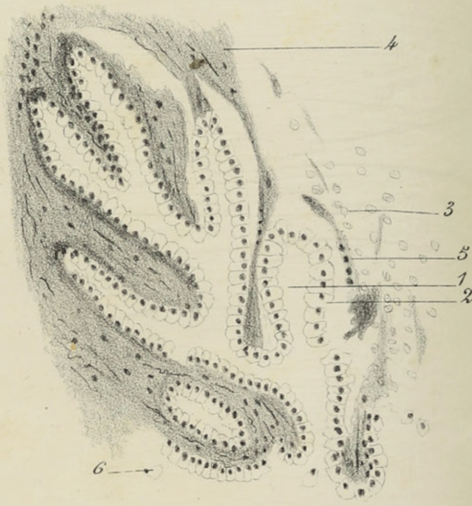
2



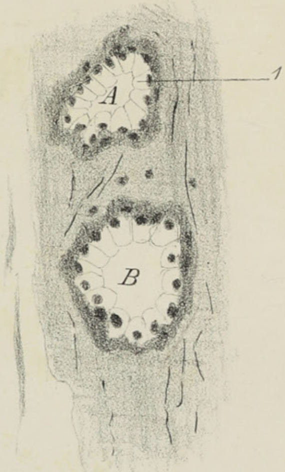
3



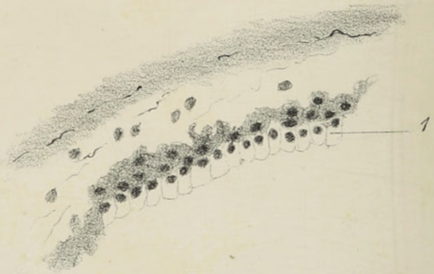
4



5



6



Perdrizet lith.

Imp. Becquet fr. Paris.

EXPLICATION DE LA PLANCHE

Fig. I. — 300 D.

Follicule simple

1. Épithélium cylindrique. — 2. Noyaux épithéliaux. — 3. Couche anhiste avec plusieurs rangées de noyaux. — 4. Couche périglandulaire conjonctive.

Fig. II. — 300 D.

Follicule bilobé

1, 2, 3, 4 comme dans la fig. I.

Fig. III. — 190 D.

Coupe perpendiculaire de l'Urèthre : partie moyenne.

1. Épithélium cylindrique. — 2. Noyaux épithéliaux. — 3. Couche anhiste avec plusieurs rangées de noyaux. — A et B culs-de-sac glandulaires. — 4. Canal excréteur des culs-de-sac A et B. — 5. Vaisseaux. — 6. Fibres élastiques. 7. Noyaux de tissu conjonctif.

Fig. IV. — 280 D.

Coupe perpendiculaire de la partie moyenne de l'Urèthre du Cobaye : Glande en grappe enflammée.

1. Cul-de-sac enflammé; prolifération de noyaux embryonnaires. — 2. Epithélium détaché. — 3. Globules blancs. — 4. Tissu conjonctif. — 5. Corpuscules embryonnaires. — 6 cellules épithéliales déformées.

Fig. V. — 280 D.

Culs-de-sac A et B de la fig. III.

1. Épithélium cylindro-conique.

Fig. VI. — 280 D.

Conduit excréteur de la fig. III.

1 Épithélium cylindrique.

blennorrhée. On la considère comme une sorte d'entité pathologique, et cette dénomination éveille dans bien des esprits l'idée d'une entité nosologique nettement définie. Cependant à l'époque actuelle, sous l'influence des idées fécondes de l'école anatomique, le mot de blennorrhée nous paraît devoir être proscrit en tant qu'expression indiquant une affection caractérisée. En dernière analyse, la blennorrhée est une manifestation symptomatique comme la bronchorrhée, la gastrorrhée. C'est un suintement chronique relevant d'une lésion uréthrale. Comme celle-ci peut être très variable, il est évident qu'elle doit dicter le nom de la maladie et non pas le symptôme qui en est la conséquence.

Tout écoulement blennorrhagique aigu qui se prolonge peut être dénommé blennorrhée. Si un tel écoulement s'éternise, c'est que la phlegmasie aiguë a déterminé au niveau de la muqueuse une lésion anatomique qui dans l'immense majorité des cas est un rétrécissement, une bulbite ou une folliculite. Ces trois altérations sont susceptibles de donner naissance à un même symptôme, la blennorrhée, de même que le gros rein blanc ou le petit rein contracté engendrent un même symptôme, l'albuminurie.

Dans notre thèse, nous n'avons que la prétention modeste de publier plusieurs observations inédites de folliculites, et nous appuyant sur elles et sur celles des auteurs qui nous ont précédé, de donner de cette affection un tableau clinique aussi complet que possible.

Cependant, notre travail, malgré nos efforts, reste incomplet. Un chapitre important, l'anatomie pathologique

fait presque défaut. Il est très difficile de se procurer des urèthres atteints de folliculite. La cause, on la devine. Aussi pour essayer de combler cette lacune, avons-nous eu recours à la voie expérimentale.

Il serait intéressant de rechercher s'il n'existe pas à côté des folliculites blennorrhagiques, des folliculites tuberculeuses. La tuberculose uréthrale a déjà été étudiée. On a de la tendance à la considérer comme dérivant de la tuberculose prostatique ou épididymaire. Débute-t-elle autour des glandes, dans les glandes ou dans la muqueuse ? Suit-elle le cours des vaisseaux lymphatiques ou des vaisseaux sanguins de cette dernière ? Autant de points qu'il faudrait élucider et qui donneraient alors l'explication logique de ces suintements uréthraux qu'on rencontre chez certains tuberculeux cachectiques.

Nous témoignons ici notre vive reconnaissance à M. le Dr Hamonic qui dans la rédaction de ce travail nous a guidé de ses précieux conseils.

Que M. le professeur Fournier nous permette de le remercier du grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

HISTORIQUE

L'antiquité et le moyen-âge considérant la blennorrhée tantôt comme un flux de semence corrompue (*fluxus seminis*), tantôt comme le résultat d'une ulcération du canal, (*ulcus interioris virgæ*, *aposthema virgæ*) n'avaient pas soupçonné l'existence de la folliculite.

La doctrine des caroncules ou des carnosités de l'urèthre subsiste jusqu'au XVIIIe siècle. Il serait téméraire de prendre pour des exemples de folliculites les relations de Ferri, de Lacuna, d'Amatus Lusitanus, de Francisco Diaz, etc. Il ne faut pas ajouter une foi plus grande aux paroles de Bartholin assurant que sur tous les sujets affectés de gonorrhée qu'il a disséqués, il a trouvé des ulcères, des prostates ou des callosités provenant d'ulcères anciens.

Littre avait entrevu l'inflammation des glandes uréthrales. Il reconnaît que dans certains cas leurs conduits excréteurs sont enflammés et souvent ulcérés à l'extrémité qui aboutit dans l'urèthre.

Laurent Terraneus a décrit le premier nettement les altérations des glandules ~~de l'urèthre~~ et classé la blennorrhagie parmi les maladies virulentes : « *In tertia* (*gonorrhœa*) *vero, nimirum virulenta, glandulas nostras affici, imo primam has esse morbi hujus sedem* ». Et plus loin : « *in aliquibus gonorrhoicis cadaveribus disgregatas glandulas turgidas et viroso liquore scatentes* ». Une autopsie, faite par Stepha-

nus Blancardus, cité dans l'ouvrage de Terraneus, a montré qu'il s'écoulait de ces glandes de la matière purulente. Et Terraneus n'a-t-il pas décrit les complications des folliculites, les abcès péri-uréthraux, les fistules, etc., dans son pittoresque langage : « *Ac posteaquam aliquandiu in folliculo nidulaverit fluidum, fermentatur, folliculum distendit, fodicat, humorem copiosiorem e glandula prolectat sibique viam vel rupto canaliculo violenter aperit* ». Terraneus plaçait dans les glandes le siège exclusif de la blennorrhagie.

Swediaur fait une part aux folliculites quand il reconnaît que la blennorrhagie est une inflammation érysipélateuse de la membrane et des lacunes muqueuses ou des orifices excréteurs des glandes de l'urèthre. Mais il porte sur cette affection un pronostic trop favorable quand il avance que la folliculite est plus facile à guérir que la blennorrhagie.

Morgagni faisant à la clinique l'application de ses découvertes anatomiques, localisa la blennorrhagie dans le sinus, foramina et foraminula qu'il a le premier décrits. De plus il assure qu'à la suite d'une phlegmasie prolongée de la muqueuse de l'urèthre certains de ses follicules s'hypertrophient tandis que d'autres s'oblitèrent.

Mercier a trouvé l'urèthre d'un vieillard parsemé de petites excroissances au nombre d'une douzaine présentant l'aspect de bourgeons charnus des plaies et situées à l'exception d'une seule sur la paroi inférieure du canal.

Hunter parle des folliculites en ces termes : « On observe aussi de petites tumeurs le long de la face inférieure de la verge sur le trajet de l'urèthre. Je pense que ces

petites tumeurs sont formées par les glandes de l'urèthre qui sont assez engorgées pour être manifestement senties extérieurement ». Il ajoute : « J'ai rencontré des cas où ces tumeurs ont acquis un volume considérable, se sont enflammées et ont secrété du pus. »

La théorie de Thiry (de Bruxelles) qui admet un virus granuleux, lequel serait à la fois le produit et la cause d'une lésion sans analogue dans l'économie : la granulation, a-t-elle la prétention de nous exposer la genèse de la folliculite ? Toutefois il est permis de supposer que Thiry avait vu la relation des granulations et des folliculites.

Cullerier signale de petites granulations occupant la paroi inférieure de l'urèthre au niveau de la portion prostatique et en tout semblables aux granulations conjonctivales.

Melchior Robert donne une bonne description des abcès périuréthraux débutant par « un petit durillon qui augmente et acquiert la grosseur d'un pois. »

Hardy démontre que dans certains cas l'oblitération ne porte que sur le conduit du follicule et que celui-ci continue à secréter du pus ou du muco-pus. Ces matières s'accumulent alors dans l'intérieur du follicule qui devient bientôt apparent à l'extérieur sous forme « d'une petite tumeur arrondie ou ovoïde, quelquefois bilobée occupant la face inférieure de l'urèthre auquel elle est attachée par un petit pédicule qui n'est autre chose que le conduit excréteur oblitéré et allongé. »

Fournier décrit des tumeurs granuleuses du volume d'une grosse tête d'épingle ou d'un petit pois, légèrement sensibles à la pression. Certaines blennorrhées ne

sont dues qu'à la suppuration de ces follicules glandulaires.

Voillemier reconnaît parfaitement l'existence des folliculites : « L'inflammation des follicules est fréquente dans l'uréthrite. Quand elle est modérée, le liquide secrété, quoique altéré dans sa nature, peut encore passer par les conduits excréteurs ; il se mêle à l'écoulement uréthral et rien ne trahit l'inflammation des grains glanduleux. Mais s'il devient trop épais en même temps que les conduits excréteurs se rétrécissent par suite de gonflement de la muqueuse qui les tapisse, il s'accumule dans la cavité de la glande, la distend et il se forme un abcès. Ce mode de formation explique assez bien le début indolent, la marche essentiellement chronique de la tumeur et l'état muqueux du pus qu'elle contient. »

Et plus loin : « Dans plusieurs pièces, outre le rétrécissement de l'urèthre, on trouve de la matière plastique disséminée dans les corps caverneux sous la forme de bandes irrégulières ou de petits noyaux dont le volume varie depuis celui d'un grain de riz jusqu'à celui d'un gros pois. »

Rollet décrit nettement la folliculite uréthrale : « C'est une opinion aujourd'hui à peu près générale que l'inflammation blennorrhagique se retire quelquefois dans les glandes de l'urèthre et surtout dans les follicules de Morgagni pour constituer une sorte de blennorrhée glandulaire. »

Thiaut dans sa thèse rapporte plusieurs observations où il parle d'induration uréthrale, de cordon noueux qui ne peuvent être que des reliquats de folliculite.

Niemeyer signale que dans la gonorrhée chronique on trouve la muqueuse uréthrale « boursouflée et recouverte

par-ci par-là de végétations fongueuses ; ses follicules sont augmentés de volume. »

Diday dès 1860, comparant la surface enflammée de l'urèthre à la surface d'un crible dans les trous duquel la maladie s'étend, met bien en relief le sujet qui nous occupe.

Diday et Doyon, sans s'arrêter longuement sur les folliculites, les décrivent avec une rare précision.

Christian Smith expose la folliculite aiguë et la folliculite chronique qu'il range parmi les complications de la blennorrhagie.

Sir Henry Thompson signale à peine les folliculites et semble hésiter sur la nature de certaines pièces qui figurent au musée de Guy's hospital et au musée du Royal collège d'Édimbourg.

La thèse de R. Jamin, ses publications diverses, l'important travail de Guiard, jettent une vive lumière sur les localisations de l'uréthrite.

Otis consacre aux localisations de la blennorrhagie plusieurs pages et donne deux intéressantes observations de folliculites du méat compliquées de fistule complète.

Reliquet a rapporté plusieurs observations d'abcès ayant déterminé des fistules.

Odmansson signale l'existence de « conduits glanduleux » dans le voisinage immédiat de l'urèthre de l'homme.

On trouvera dans le mémoire du Dr P. Hamonic un tableau clinique complet des folliculites.

Enfin, Jullien consacre un chapitre spécial au sujet qui nous occupe sous la dénomination de « folliculite et de péri-folliculite blennorrhagique. »

ANATOMIE NORMALE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous ne nous arrêterons pas sur la disposition générale de l'urèthre, sur ses rapports, sur sa longueur, sur son anatomie descriptive en un mot, pas plus que nous n'envisagerons son anatomie chirurgicale. Entrons directement dans le corps de notre sujet et d'après nos préparations examinons la structure des glandes uréthrales.

Si l'on pratique des coupes perpendiculaires à l'axe de l'urèthre et si on les colore à l'aide du picrocarmin ou de l'hématoxyline, on distingue facilement à un faible grossissement de nombreuses glandes disséminées au niveau de la muqueuse. Ces glandes appartiennent à la classe des glandes en grappe. Elles sont formées par une dépression de la muqueuse tapissée par un épithélium spécial. On peut les grouper en 3 catégories : glandes simples, glandes bilobées, glandes ramifiées.

Première catégorie. — Ces glandes sont constituées par de simples enfoncements, analogues jusqu'à un certain point aux cryptes amygdaliennes, peu profonds, en doigt de gant. Examinées à un plus fort grossissement, ces glandes sont formées par une paroi conjonctive très mince, anhiste, doublée extérieurement par des fibres lamineuses feutrées très serrées, contenant quelques noyaux embryoplastiques.

Quelques fibres élastiques s'observent par places. A l'in-

térieur cette paroi est tapissée par deux ou trois rangs de noyaux fortement colorés par le picrocarmin : beaucoup sont polyédriques par pression réciproque, d'autres irrégulièrement sphériques ; tous offrent dans leur protoplasma un certain nombre de granulations probablement de nature protéique. Autour de quelques-uns de ces noyaux on constate l'existence d'un corps cellulaire très mince.

Les cellules épithéliales qui forment le revêtement du cul-de-sac glandulaire, allongées dans leur sens longitudinal ressemblent assez bien aux cellules intestinales, sauf l'épaississement qu'on a désigné sous le nom de plateau.

Elles sont placées côte à côte, perpendiculairement à la paroi sur laquelle elles semblent s'implanter ; elles reposent directement sur les couches de noyaux dont nous venons de parler. Elles sont légèrement cylindro-coniques, mais plus cylindriques que coniques. Dans leur protoplasma on aperçoit une foule de granulations.

Leur noyau se trouve situé dans la partie la plus éloignée du centre du cul-de-sac glandulaire. Ce centre se présente sous forme d'un espace clair dans l'intérieur duquel on remarque quelque débris cellulaires et une sorte de coagulum granuleux qui paraît être constitué par la sécrétion glandulaire elle-même.

Il est probable qu'ici comme dans les autres glandes cette sécrétion est le résultat d'un deliquium des cellules de revêtement. Ces cellules sont elles-mêmes remplacées par les noyaux profonds qui s'entourent progressivement d'un corps cellulaire.

L'épithélium du canal excréteur des glandes est fran-

chement cylindrique : les cellules en sont plus petites et plus régulières.

Deuxième catégorie. — A côté des culs-de-sac glandulaires simples nous devons mentionner les culs-de-sac bifides ou bilobés qu'on observe de distance en distance. Ce sont là des intermédiaires entre la forme précédente et la forme suivante. Sont-ce des états définitifs, ou sont-ce des états transitoires entre les états extrêmes évolutifs des glandes ? C'est ce que nous ne saurions décider. Quoiqu'il en soit, les follicules de cette catégorie se présentent sous forme d'une dépression constituant deux diverticules séparés par un éperon.

Cette espèce de glande est relativement rare, ce qui nous fait supposer que c'est plutôt une phase transitoire de l'évolution folliculaire qu'un follicule entièrement développé. Leur structure ne diffère pas de celle des glandes précédentes. De dehors en dedans on rencontre le tissu cellulaire muqueux qui se condense légèrement pour former une atmosphère périglandulaire, puis une membrane anhiste avec plusieurs rangs de noyaux, et enfin le revêtement épithélial cylindro-conique.

Troisième catégorie. — Le 3e type de follicules représente un type ramifié de dépression glandulaire. Sur la dépression folliculaire initiale se greffent des dépressions secondaires desquelles peuvent partir des dépressions tertiaires. C'est la structure générale des glandes composées. Rien de particulier à signaler relativement à la disposition morphologique des éléments.

Les cellules épithéliales prennent une forme spéciale suivant qu'on les considère au niveau de la région anté-

rieure ou de la région postérieure de l'urèthre. En avant au niveau de la fosse naviculaire, l'épithélium est pavimenteux et affecte la disposition générale de l'épiderme, ce qui ne doit pas surprendre, puisque cette portion de la verge se développe aux dépens de l'ectoderme. Plus loin l'épithélium devient cylindrique et présente une grande analogie avec les cellules épithéliales glandulaires.

Les folliculites nous paraissent être beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit, et il n'est guère d'uréthrites où elles ne jouent un rôle essentiel. *A priori* il est même impossible de dissocier ces deux inflammations, uréthrite, folliculite, pas plus qu'au point de vue anatomique il ne serait permis d'en séparer les deux organes qui en sont le siège.

Nous nous sommes livré à des recherches ayant pour but l'examen histologique de follicules enflammés. Mais on ne meurt pas de folliculite. Nous avons donc enlevé systématiquement l'urèthre de tous les cadavres que nous avons eus à notre disposition et nous en avons pratiqué des coupes dans l'espoir de rencontrer fortuitement une folliculite qui aurait passé inaperçue pendant la vie. Nous n'avons pas eu cette bonne fortune. Toutes les glandes uréthrales observées chez l'homme étaient saines. Pensant que la voie expérimentale nous serait plus favorable et nous proposant de déterminer une inflammation des follicules, nous nous sommes adressé à l'agent caustique le plus susceptible d'amener le processus phlegmasique. C'est sur les lapins et les cobayes qu'ont porté nos expé-

riences. Nous avons injecté dans leur urèthre une solution concentrée de nitrate d'argent.

Le cobaye nous a donné les résultats suivants. Chez cet animal il existe d'abord des glandes uréthrales en très petit nombre. Celles qu'on observe appartiennent au type des glandes en grappe composées ; les glandes utriculaires sont rares. Leur structure est assez semblable à celle de l'homme avec cette particularité que leurs contours se détachent plus nettement sur le fond de la muqueuse. L'épithélium est cylindrique, mais il se rapproche bien plus de la forme cubique que celui de l'homme ; il est fortement nucléé ; au-dessous de lui existe une membrane d'enveloppe qui limite la glande.

Dans la région périphérique on constate sur nos coupes les signes histologiques de l'inflammation, c'est-à-dire une abondante prolifération de noyaux embryonnaires disposés en nappe, en série ou d'une façon irrégulière. Ces noyaux sont séparés les uns des autres par des fibres lamineuses ondulées. De distance en distance on observe des cellules épithéliales libres, plus ou moins déformées, polyédriques, fusiformes ; les globules blancs sont rares.

Nous sommes en présence d'une lésion périadénitique plutôt que d'une adénite véritable.

Les altérations anatomo-pathologiques signalées ici rappellent absolument celles des glandes muqueuses en général. Il est donc probable que chez l'homme la folliculite uréthrale ne diffère pas anatomiquement des inflammations glandulaires obtenues expérimentalement chez le cobaye.

Malgré les examens répétés que nous avons faits sur l'urè-

thre du lapin, nous n'avons pas rencontré la moindre glande chez cet animal. La muqueuse est plissée sur elle-même : certaines de ces plicatures se ramifient d'une manière complexe de façon à simuler des culs-de-sac glandulaires simples ou composés. Mais un examen un peu attentif écarte toute méprise, l'épithélium étant pavimenteux, stratifié comme celui du reste de la muqueuse et n'offrant aucun des caractères de l'épithélium glandulaire.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE.

Dans la grande majorité des cas les folliculites sont la conséquence d'une blennorrhagie. Elles reconnaissent pour cause efficiente la présence du gonocoque pathogène. Indépendamment de celui-ci il existe toute une série de circontances favorisant la détermination morbide et agissant comme causes adjuvantes ou prédisposantes. A ce point de vue nous tombons dans l'étiologie de la blennorrhagie en général : nous ne nous y attarderons pas. On nous permettra d'insister sur ce que nous appellerons les causes anatomiques. En effet, supposons un canal à large lumière, une muqueuse à texture délicate, des glandes à diverticules multiples, des conduits excréteurs flexueux à orifice béant. Que cet urèthre vienne à s'enflammer : ne trouvons-nous pas là toutes les conditions réunies pour donner naissance à une uréthrite soit aiguë, soit chronique? Que le processus phlegmasique attaque d'emblée le follicule ou qu'il s'y établisse tardivement, la constitution anatomique du canal ne se sera-t-elle pas pour ainsi dire prêtée à cette invasion? Le gonocoque trouvera là un milieu de culture approprié : une fois cantonné dans un cul-de-sac à l'abri des injections timides qui ne sauraient l'atteindre, indifférent à une thérapeutique le plus souvent mal dirigée, il prospérera et pullulera tout à son aise.

Un autre facteur doit être mis en relief : c'est celui qui

dépend de l'état chimique ou biologique des milieux intérieurs. Les éléments microbiens se développent plus ou moins bien suivant les sujets; on comprend qu'il y ait des gens prédisposés aux folliculites et des gens réfractaires à cette manifestation.

N'y a-t-il pas aussi une raison d'analogie à mettre en jeu? Les glandes de Cowper s'enflamment parfois dans la blennorrhagie : le processus serait-il différent pour les follicules dont la constitution est en tout semblable à celle de ces glandes?

Enfin si nous considérons l'inflammation relativement fréquente des follicules du méat urinaire chez la femme, en vertu de quelle loi les follicules de l'urèthre de l'homme seraient-ils épargnés?

Le gonocoque une fois introduit dans le canal a une tendance naturelle à se réfugier dans les culs-de-sac glandulaires : s'il rencontre un milieu de culture favorable il se développe et amène toute une série de modifications aboutissant à un processus phlegmasique. Ces altérations de tissu ont été classées en plusieurs variétés se succédant les unes aux autres. Nous pouvons avec M. Mauriac admettre trois degrés.

A un 1er degré l'inflammation s'établit dans un ou plusieurs acini; d'où compression et oblitération du canal excréteur, distension du follicule, exfoliation épithéliale accompagnée de sécrétion purulente.

A un 2e degré le travail phlegmasique ne se limite plus à la glande, il s'étend jusqu'au stroma périglandulaire.

A un 3e degré le processus inflammatoire se développant de plus en plus donne naissance à un abcès qui

s'ouvre tantôt à l'extérieur (fistule cutanée), tantôt à l'intérieur du canal (fistule uréthrale); tantôt enfin un trajet fistuleux complet fait communiquer l'urèthre avec l'extérieur.

Nous devons ajouter que la folliculite subit rarement cette évolution totale. Généralement elle s'arrête à la seconde ou à la première de ces trois phases.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous ne nous arrêterons pas à établir une classification des folliculites d'après leur siège anatomique. Nous nous rangeons à cet égard à l'opinion du Dr Hamonic et nous renvoyons au mémoire qu'il a publié. Nous concentrerons notre attention sur les folliculites uréthrales, les moins connues, les plus importantes au point de vue clinique et les plus difficiles à guérir.

Nous les divisons en 3 classes : 1° Folliculite aiguë ; 2° folliculite subaiguë ; 3° folliculite chronique.

I. *Folliculite aiguë.* — Elle apparaît en même temps que les phénomènes de la blennorrhagie. Dès les premiers jours on observe le long du canal des nouures douloureuses, dures, donnant à l'urèthre un aspect moniliforme et coïncidant avec tous les symptômes de la chaude-pisse cordée ou de la chaudepisse aiguë. Les signes de la folliculite occupent donc le second plan, cachés qu'ils sont par l'appareil symptomatique autrement grave de la phlegmasie uréthrale diffuse. Dans de telles conditions la folliculite ne revêt pas de caractères cliniques spéciaux : c'est un épiphénomène. A la rigueur on peut ne pas la diagnostiquer. Mais quand l'inflammation uréthrale est tombée, il est fréquent de voir la folliculite persister. A partir de ce moment elle va constituer toute la maladie et donner lieu à toute une série de symptômes cliniques.

Alors elle retombe dans l'une des deux formes suivantes.

II. *Folliculite subaiguë*. — Cette forme succède à la précédente ou est la conséquence d'une blennorrhagie. Cliniquement elle se manifeste par les symptômes suivants : Le malade a eu une chaudepisse qui, dit-il, n'a jamais guéri. Il continue à avoir un suintement qui tache le linge ; il ne souffre presque pas ; quelquefois à la suite de fatigues ou d'écarts de régime il ressent dans le canal des élancements douloureux, des picotements que le repos, les diurétiques et les bains font bientôt disparaître. Il consulte pour mettre fin à cet état de choses rebelle.

A l'examen on observe d'abord la chemise maculée de taches épaisses, opaques, jaunâtres ou verdâtres au centre, entourées d'une aréole grisâtre séreuse. Ces taches ont une étendue variable; le plus souvent elles offrent les dimensions d'une pièce de vingt centimes. C'est surtout le matin au réveil qu'elles se manifestent. Les lèvres du méat sont agglutinées par une substance visqueuse réduite par la dessication à une croûtelle épaisse ; quelquefois un certain effort est nécessaire pour les décoller ; il peut arriver que la muqueuse s'éraille et donne lieu à un léger suintement de sang. La croûte enlevée, les lèvres apparaissent rouges : la rougeur du méat est un signe à peu près constant des folliculites.

En explorant le canal par le palper, on observe une ou plusieurs petites tumeurs douloureuses à la pression digitale. Elles donnent la sensation d'un grain de plomb ou d'un grain de millet encastré dans la muqueuse, ou bien encore elles fournissent au toucher la même sensation que certaines étoffes, comme le drap à gros grains, le velours

d'Utrecht. Leur volume varie depuis les dimensions d'une tête d'épingle jusqu'à celles d'un pois ; leur forme est assez régulièrement sphérique ou ovoïde, leur surface lisse, leur consistance ferme, dure et comme crétacée. Elles font corps avec le canal ; la peau est mobile sur elles ; on peut les déplacer latéralement, et dans ce déplacement on entraîne la paroi sur laquelle elles sont implantées. On les perçoit très bien lorsqu'elles occupent la paroi inférieure. A la paroi supérieure il est plus malaisé de les sentir, car alors le doigt est séparé d'elles par la paroi inférieure de l'urèthre. Il est impossible de les constater en palpant la verge par en haut, car elles sont alors masquées par l'épaisseur des corps caverneux. Si l'on pratique un lavage du canal de façon à balayer le pus qu'il peut contenir, et si l'on comprime ces petites saillies, on fait sourdre au méat une gouttelette de pus essentiellement contagieux, où abondent les gonocoques. Une fois les follicules vidés, il ne s'écoule plus rien par le méat. Mais au bout de quelque temps le même phénomène se reproduit.

Si l'on introduit une bougie exploratrice on se sent arrêté au niveau du follicule qui fait toujours saillie dans l'intérieur du canal : la boule de la bougie détermine de la douleur en ce point. Si elle franchit l'obstacle, elle devient libre et progresse à moins qu'un nouveau foyer folliculaire ne s'oppose à sa pénétration plus avant. Lorsqu'on retire l'explorateur on ramène toujours sur son talon une goutte de pus quelquefois mêlé à un peu de sang.

Il nous reste à considérer certains symptômes fonctionnels. Les troubles de la miction sont plus ou moins caractérisés. L'émission de l'urine est moins libre qu'à l'état

normal. Sans être notablement déformé, le jet est souvent bifurqué, en vrille ; il est grêle et peu vigoureux. Le malade accuse un léger prurit, une sensation de cuisson au moment du passage de l'urine. Quelquefois le jet, en balayant le canal chasse devant lui des mucosités ; alors il sort troublé, mélangé à des filaments blanchâtres comparés par le malade à de petits vers qui ne sont autre chose que des débris d'épithélium.

Les folliculites retentissent peu sur les fonctions génitales. Toutefois certains malades accusent au moment de l'érection des sensations de tiraillement et de déchirure qui leur font redouter l'acte vénérien. A certains cas d'atonie pénienne on peut opposer des exemples de priapisme. L'éjaculation en distendant brusquement le canal détermine parfois des picotements douloureux.

Ces folliculites ont une tendance notable à repasser à l'état aigu. Elles nous paraissent constituer la forme la plus importante de l'affection qui nous occupe. Elles réclament une thérapeutique méthodique. Elles guérissent lentement, tantôt complètement, tantôt incomplètement : dans ce dernier cas elles passent à l'état chronique.

III. *Folliculite chronique.* — Nous réservons ce nom à la forme la plus légère, la plus atténuée des folliculites.

Chez un sujet peu soigneux la maladie passe le plus souvent inaperçue. Dans ce cas elle peut durer indéfiniment et n'être découverte par le médecin que d'une façon fortuite. Chez les malades qui s'observent minutieusement, la folliculite chronique, quoique se traduisant par des symptômes insignifiants, frappe l'attention. Aucune dou-

leur, aucun trouble urinaire, si ce n'est quelquefois une légère bifurcation du jet au commencement de la miction. Le symptôme subjectif essentiel consiste dans l'existence d'un suintement peu considérable se produisant deux ou trois fois par jour sous forme de gouttelettes tachant la chemise. Les taches ne présentent pas d'aréole grisâtre périphérique, elles sont habituellement allongées dans le sens de l'orifice du méat, elles ont les dimensions d'une lentille, leur couleur est jaune clair, chamois. Elles ne sont pas opaques comme les taches produites par la folliculite subaiguë. Le méat est normal : le seul symptôme objectif est la sensation par la palpation attentive d'un ou de plusieurs petits nodules analogues à de la cendre de plomb, siégeant surtout au niveau de la fosse naviculaire. Ces saillies sont indolores : leur pression fait sourdre une très minime quantité de pus. Ce pus ne paraît pas contagieux : presque jamais ces folliculites ne sont le point de départ d'une poussée d'uréthrite aiguë.

Rappelons que le siège de prédilection des folliculites aiguës ou chroniques est la paroi inférieure de l'urèthre au niveau de la fosse naviculaire.

COMPLICATIONS

La folliculite se termine le plus souvent par résolution : cependant il est des cas où elle se complique d'accidents divers qui peuvent se réduire à trois principaux : 1° les abcès ; 2° les fistules ; 3° les rétrécissements.

On conçoit que dans certaines circonstances, le gonocoques se développant dans un cul-de-sac y amène par son contact différentes altérations qui à un moment donné dépassent les limites de la glande et deviennent périglandulaires. Comme conséquence de cette extension il se forme un abcès qui peut rester stationnaire, mais qui peut aussi s'ouvrir dans le canal par un orifice qui reste fistuleux. Que cet abcès se vide à la fois dans l'urèthre et à l'extérieur, et c'est une terminaison assez fréquente des abcès siégeant au niveau du frein, il en résulte une fistule urinaire très difficile à guérir.

A la longue une folliculite agit sur le tissu cellulaire qui l'entoure à la façon d'un corps étranger irritant et entraîne une sclérose progressive qui en vertu des lois de rétraction du tissu fibreux est susceptible d'amener une atrésie variable du canal.

Il existe en effet des rapports étroits entre les folliculites et certains rétrécissements (Guiard, Hamonic).

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des folliculites est en général facile. Cependant il est plusieurs affections avec lesquelles on serait tenté de les confondre. Nous insisterons particulièrement sur le chancre uréthral.

Le chancre syphilitique intra-uréthral peut simuler la folliculite. S'il occupe les bords du méat ou la portion antérieure de la fosse naviculaire, il sera accessible à l'œil et présentera les caractères du chancre des muqueuses. S'il siège plus profondément, il faudra se contenter du toucher qui révèle une petite masse indurée, noueuse, non douloureuse et s'accompagnant d'une adénopathie inguinale indolente. D'autre fois l'accident initial de la syphilis donnera la sensation d'une plaque cartilagineuse ou parcheminée, semblable à celle que le doigt perçoit dans les cas de chancre de la langue. La sécrétion du chancre huntérien est peu abondante, grisâtre, la miction est plus ou moins gênée. Dans le cas de chancres multiples du canal, ou quand le chancre existe concomitamment avec une blennorrhagie, le diagnostic devient plus obscur. Il faut alors remonter d'une façon précise au début des accidents. En accordant à la blennorrhagie une incubation moyenne de cinq à six jours, et au chancre induré une incubation de trois à quatre semaines, si sous l'influence de diverses causes, coït récent, suspect, excès, etc., l'écoulement a

paru de bonne heure, s'il est douloureux, s'il est relativement abondant, il sera possible d'éliminer la syphilis. De plus le microscope en décelant dans le pus la présence du gonocoque et de l'épithélium, soit des glandes, soit de leurs conduits excréteurs, fixera le diagnostic. Enfin l'apparition des accidents secondaires dans les cas d'infection lèvera tous les doutes.

La syphilis tertiaire n'épargne pas l'urèthre :

« La gomme de la verge récente, dit Ozenne, est une tumeur solide, sorte de petit noyau dur formant une légère saillie arrondie ou hémisphérique, quelquefois aplatie et nettement circonscrite. Complètement indolent, ce calus de la verge ne présente aucun caractère inflammatoire. Dans d'autres cas la gomme constitue une induration en nappe. »

Résumons dans deux observations les caractères de ces gommes. Dans une observation d'Ozenne empruntée à Fournier, la pression fait sortir un écoulement épais, écumeux, d'un jaune sale, souvent sanieux et teinté de sang.

Dans une observation personnelle d'Ozenne, chez un officier de 40 ans, on vit apparaître au dos de la verge sous la peau restée mobile, une saillie nettement circonscrite dure, indolente, du volume d'une noisette. En quelques jours cette tumeur grossit, s'enflamma et s'ulcéra.

Virchow prétend que la syphilis peut développer dans l'urèthre des ulcérations et des cicatrices analogues à celles qu'elle produit dans le larynx. Lancereaux est beaucoup moins affirmatif. Van Buren, cite Bumstead et Bassereau qui auraient observé des cas d'écoulement

muco-purulent résultant de plaques muqueuses de l'intérieur du canal. Gruenfeld a rapporté en 1885, un cas d'uréthrite due à des gommes ulcérées intra-uréthrales.

Nous ne connaissons pas de cas de chancre simple développé dans l'urèthre ; s'il existait, les résultats de l'auto-inoculation offriraient un critérium diagnostique.

La blennorrhagie chronique se distingue des folliculites par bien des points ; surtout par l'absence de petites granulations, par sa localisation habituelle au cul-de-sac du bulbe, par son écoulement plus abondant, par son retentissement plus ou moins marqué sur les organes génitaux. Enfin dans les cas de bulbite, la bougie exploratrice ramène du pus venant des parties profondes du canal.

Les rétrécissements présentent les caractères suivants :

Outre les symptômes subjectifs, dysurie, douleurs rénales, etc., on sent le long de l'urèthre un cordon un peu aplati, souple, lisse et sur lequel glissent les tissus. Dans les cas de coarctations, même multiples, on n'a jamais au palper la sensation de petits corps grenus, de bosselures qui distinguent les folliculites. L'explorateur donnera des renseignements sur la nature du rétrécissement et apprendra s'il est infundibuliforme, valvulaire, etc.

La tuberculose localisée à l'urèthre se présente sous forme de granulations et d'ulcérations. Ces granulations ont beaucoup d'analogie avec celles de la langue : elles constituent une sorte de semis grisâtre à peine visible à l'œil nu et par leur ramollissement donnent lieu à des ulcérations. La présence de ces altérations se révèle par des uréthrorrhagies, par un écoulement jaunâtre riche en bacilles. Il est de règle de trouver simultanément des lésions phyma-

toïdes portant sur l'épididyme, les vésicules séminales et la prostate.

L'inflammation des glandes de Méry sera aisément distinguée par l'apparition de symptômes généraux, douleur, fièvre. Au lieu d'une tuméfaction inégale et bosselée, on constate au palper une tumeur du volume d'un haricot ou d'un marron, nettement limitée, ovoïde ou piriforme, à grosse extrémité en arrière et siégeant le plus souvent à gauche du raphé médian (Morgani, Ricord) entre le muscle transverse et le bulbe (Gubler).

Certains cas de *lymphite* pourraient à la rigueur en imposer pour des folliculites. Nous empruntons à la description récente du professeur Fournier les caractères d'une espèce de lymphangite, désignée par lui, sous le nom de « lymphangite nodulaire symptomatique de la blennorrhagie. »

« Ces lymphangites consistent en la production sur le trajet des lymphatiques de véritables nodules, de petites tumeurs ovalaires ou piriformes, rénitentes, dures, dont les plus volumineuses atteignent environ le volume d'un noyau de cerise ou d'une petite olive. Elles se forment insidieusement, sont et restent indolentes pendant leur évolution, ont une tendance spontanément résolutive et ne s'accompagnent habituellement d'aucun appareil phlegmasique. »

Pour ne rien omettre, nous ne ferons que signaler les corps étrangers, les calculs de l'urèthre, les tumeurs vasculaires et papillomateuses, les hémorrhoïdes uréthrales (Hutchinson, Richet) dont les signes cliniques ne rappellent que vaguement une partie des symptômes des folliculites.

PRONOSTIC

Si dans certains cas la folliculite guérit spontanément et disparaît dans un laps de temps relativement court, il en est d'autres où elle affecte des allures torpides et semble s'éterniser. Elle a souvent une influence marquée sur l'état moral des malades : rien n'égale les préoccupations que donnent certaines folliculites aux individus nerveux, enclins à l'hypocondrie.

La folliculite se comporte différemment selon le terrain sur lequel elle évolue. Sans exagérer l'importance des diathèses et des idiosyncrasies, c'est à l'influence de la maladie constitutionnelle ou acquise (arthritis, scrofule, tuberculose, nervosisme, hypoglobulie), qu'il faut dans certaines circonstances attribuer la ténacité que revêt l'affection et la résistance qu'elle oppose à la thérapeutique.

Sans revenir sur la gravité des complications signalées plus haut, ne voit-on pas que les folliculites, surtout celles du méat et de la fosse naviculaire, sont des portes d'entrée ouvertes aux virus chancreux et syphilitique et même au bacille de la tuberculose?

La folliculite est-elle contagieuse? Oui, sans nul doute, mais dans certaines conditions seulement. Le pus pris dans un follicule récemment enflammé et inoculé à un urèthre donnera naissance à une uréthrite. En est-il de

même des folliculites anciennes qui secrètent par intermittence un liquide plutôt séreux que purulent ? Nous ne le pensons pas : la virulence s'est atténuée, les chances de contagion sont infiniment moins grandes. Le sujet porteur d'une folliculite de cette nature pourra accomplir l'acte vénérien, mais d'une façon sage et modérée, sans *bis repetita :* il sera inoffensif. Mais qu'une série d'excitations génésiques prélude au coït, que celui-ci se prolonge outre mesure, qu'il se renouvelle d'une façon exagérée, qu'en un mot le sujet mette en pratique la fameuse recette de Ricord, la contagion devient presque fatale. En effet, sous l'influence de ces irritations incessantes qui agissent sur lui pour ainsi dire à la façon d'une culture, le gonocoque se réveille et reprend son maximum de virulence.

Il est aisé aussi de concevoir que l'individu atteint de folliculite blennorrhagique soit toujours sous le coup d'une poussée d'uréthrite diffuse. « La folliculite, dit Diday, reproduit fréquemment par une contagion de source insidieuse, la blennorrhagie uréthrale au moment où l'on croyait celle-ci guérie, et cela à charge de revanche entre l'urèthre et le follicule qui se contagionnent alternativement l'un l'autre. »

TRAITEMENT

Le traitement doit avoir surtout pour but de détruire sur place le ou les follicules. Pour y arriver nous avons plusieurs moyens.

1° *La cautérisation* suivant le procédé de Diday: on introduit dans le follicule un fil d'archal ou de platine très fin et l'on en chauffe l'extrémité opposée à la flamme d'une lampe à alcool jusqu'à ce qu'on entende le grésillement annonçant la cautérisation de la cavité.

Ce procédé n'est applicable qu'aux folliculites très proches du méat. Nous en dirons autant du galvanocautère.

2° *L'électrolyse* agissant d'une façon spéciale sur la vitalité des tissus nous paraît être la méthode de choix. Le pôle positif recouvert d'un tampon est tenu dans la main du sujet, tandis que l'excitateur représentant le pôle négatif est introduit dans le canal et mis en contact avec le follicule qu'il s'agit de détruire : la séance dure de 5 à 8 minutes, l'intensité du courant varie de 5 à 20 milliampères. Cette électrisation n'est pas douloureuse. A sa sortie l'excitateur ramène à son extrémité un petit magma blanchâtre qui résulte de la désagrégation et de la destruction partielles du follicule. Plusieurs séances d'électrolyse sont nécessaires pour amener la guérison.

3° *Les vapeurs iodées* projetées dans le canal suivant le procédé du Dr Hamonic constituent une méthode indolore,

inoffensive et provoquent une certaine révolution des tissus inflammatoires développés dans l'urèthre. Elles ont surtout une action manifeste sur le suintement qu'elles diminuent et tarissent en quelques séances.

4° *Les instillations de nitrate d'argent* au 1/50e et même au 1/20e, quoique douloureuses, donnent aussi de bons résultats.

Comme moyens mécaniques le massage du canal, la dilatation avec les Béniqué trouvent leur indication.

Comme adjuvant on a recours aux injections, surtout aux injections faites avec des poudres insolubles : bismuth, sulfate de quinine, qui restent en contact avec le follicule et agissent comme corps isolants.

Enfin les grands lavages du canal au sublimé, à l'acide borique, à la créoline, etc., sont toujours indiqués sinon à titre curatif du moins à titre de procédé d'antisepsie uréthrale.

Le traitement hygiénique général ne sera pas négligé ; hydrothérapie, bains sulfureux, etc...

OBSERVATION I

(Empruntée à la thèse du Dr Thiaut).

M. V..., avait un écoulement datant de 8 ans, écoulement à peine perceptible et à certains moments très éloignés.

Une exacerbation survint après un coït de la fin des règles. Immédiatement deux nodosités furent constatées par le malade lui-même sur le trajet du canal.

Traitement : frictions résolutives iodées et iodurées.

Les nodosités diminuent au point de n'être plus perceptibles et l'écoulement tarit en peu de temps.

Puis après des écarts de régime, coït, etc., les indurations uréthrales réapparurent avec du muco-pus.

La même chose se répéta jusqu'à ce que le traitement suffisamment continué amenât la guérison que la dilatation a consolidée.

Observation II

(Empruntée à Voillemier).

Un malade nommé Mathey-Doret, âgé de 50 ans, a eu deux uréthrites. Depuis deux ans il a une assez grande difficulté à uriner. L'exploration révèle un rétrécissement siégeant à 8 centimètres du méat.

En suivant l'urèthre avec les doigts on trouve au même point une petite tumeur dure, aplatie, oblongue, du volume d'une demi-noisette et dans laquelle le canal se trouve enchassé.

Du 6 au 12 mai 1854, introduction de cathéters d'abord à 4 millimètres, graduellement ascendants. Grands bains. On ne pratique plus le cathétérisme que tous les deux jours : le 28, on passe facilement un cathéter de 8 millimètres.

Le malade continue à venir de temps en temps à la consultation.

Le 14 juillet il a été revu : la miction s'opérait largement. La tumeur qui existait au niveau du rétrécissement

a disparu et c'est à peine si l'on trouve un peu d'induration dans le point qu'elle occupait.

Observation III

(Empruntée à Voillemier)

Charbonnière fut reçu à Lariboisière le 18 mai 1855 pour une rétention d'urine produite par des excès de boisson. Il est sondé avec une sonde de 3 millimètres. Les accidents dissipés, on constate un rétrécissement à 13 centimètres du méat. En arrière des bourses on reconnaît par le toucher qu'il existe une nodosité dure, aplatie, large et du volume d'un gros pois. L'étroitesse du rétrécissement n'était pas très prononcée, car on put introduire un cathéter de 4 millimètres 1/3. Le traitement fut le même que dans le cas précédent. Rien de particulier sauf un léger écoulement qui revint plusieurs fois.

Le 23 juillet le malade qui venait tous les 6 jours à la consultation pouvait se passer un cathéter de 7 millimètres 2/3. Il restait à peine quelques traces de la nodosité située en arrière des bourses.

Voillemier accompagne ces observations des réflexions suivantes :

« Évidemment chez ces deux malades la disparition des petites tumeurs ne peut être attribuée uniquement à l'élargissement du canal. Il faut bien admettre que l'action mécanique des cathéters a déterminé dans leur épaisseur une inflammation profonde dont la conséquence a été la résorption d'une partie des tissus indurés.

Observation IV

(Empruntée au Dr Mauriac).

Tumeur uréthrale survenue dans la région du scrotum vers le huitième jour d'une blennorrhagie intempestivement traitée par des bougies médicamenteuses. — Son accroissement progressif. — Sa situation entre les deux testicules. — Sa connexion avec le testicule droit. — Son attache uréthrale par un pédicule. — Sa diminution, ses changements de forme. — Sa durée de deux mois et demi. — Guérison complète par résolution.

M. A..., âgé de 28 ans, entra en mars 1881 à l'hôpital du Midi pour se faire traiter d'une tumeur volumineuse située entre les deux testicules. Il en était à sa troisième blennorrhagie datant de janvier. La première et la deuxième avaient été légères, de courte durée et sans complications.

Pour se guérir rapidement de la dernière qui était aiguë, il la traita dès le troisième jour avec des bougies médicamenteuses fondantes dont il continua l'emploi une dizaine de jours. Au lieu de se calmer les douleurs s'exaspérèrent et au bout d'une semaine il survint une petite tumeur entre les deux testicules au-dessous du canal. Le malade n'en continua pas moins l'emploi des bougies jusqu'au 12 février (15me jour de la maladie), puis il prit des bains et des boissons délayantes.

A cette époque la tumeur était peu volumineuse, indolente et ne gênait pas la marche. Mais il n'en fut pas longtemps ainsi. Car à partir du 25 février, elle augmenta progressivement et prit des proportions telles que M. A... dut entrer à l'hôpital.

A son entrée, 7 mars (40me jour de la blennorrhagie et 30me de la tumeur uréthrale) il existait entre les deux testicules sur la ligne médiane une tumeur grosse comme une mandarine, un peu aplatie, libre de tous les côtés au milieu des enveloppes des testicules et n'adhérant qu'en haut au canal par un pédicule court d'un petit diamètre un peu en arrière du pli péno-scrotal. On pouvait la circonscrire par la palpation sur tout son pourtour. Quoiqu'un peu plus rapprochée du testicule droit que du testicule gauche, elle n'avait alors avec lui aucune attache.

Cette tumeur bien que d'origine inflammatoire était si peu sensible qu'on pouvait la palper dans tous les sens sans causer aucune douleur. Sa surface présentait de nombreuses bosselures irrégulièrement disposées; elle avait une consistance très ferme et uniforme sur tous les points. Du 7 au 19 mars elle se rapprocha un peu du testicule droit, et sembla faire corps avec lui. Le cordon s'appuyait sur sa face externe. Elle adhérait en deux points aux parties voisines, d'abord et avant tout à l'urèthre dont elle émanait manifestement et auquel elle était liée par un pédicule étroit et court, en second lieu à la partie inférieure du testicule droit et à son épididyme.

Telle fut la situation qui resta stationnaire à peu près pendant 15 jours. L'écoulement blennorrhagique était très faible et mucoso-purulent plutôt que purulent.

A partir du 19 mars la tumeur diminua rapidement des deux tiers. Dans ce mouvement de retrait elle se détacha de plus en plus de l'épididyme et du testicule auxquels elle n'était sans doute unie que par de très faibles adhérences. En même temps ses attaches avec l'urèthre au moyen d'un pédicule devinrent de plus en plus éviden-

tes. Sa forme, sa consistance, son isolement dans le tissu cellulaire de la région restèrent toujours les mêmes. Le pédicule, très court, avait le volume d'une plume d'oie.

On continue à employer le même traitement antiphlogistique simple, cataplasmes, bains, repos.

L'écoulement avait augmenté le 30 mars, sans cause appréciable ; le malade éprouve de la dysurie, interruption du jet, émission impossible, si bien qu'il fallut recourir au cathétérisme. Ces troubles de la miction d'origine spasmodique résistèrent plusieurs jours à l'emploi méthodique de la sonde. Application au périnée de 15 sangsues. Soulagement immédiat. La tumeur uréthrale diminue progressivement ; au bout de dix jours, elle était réduite à un petit noyau de la grosseur d'une cerise, dur, mamelonné, presque indolent, appendu à la face inférieure de l'urèthre un peu en arrière de l'angle péno-scrotal.

Le 9 avril. — Elle était réduite à une espèce de cylindre régulier, dur, gros comme une plume d'oie, long de 2 à 3 centimètres, obliquement dirigé en avant, en bas et à droite, sans inflammation périphérique, indolent, rigide, et présentant ce caractère particulier que, libre par son extrémité inférieure et comme flottant, il s'insérait d'une façon de plus en plus nette sur la portion sus-indiquée du canal de l'urèthre. Vers le milieu d'avril, ce reste de tumeur devenu cylindrique disparut complètement. La miction était normale ; l'écoulement avait à peu près disparu. Le malade sortit totalement rétabli.

M. Mauriac fait suivre cette observation des remarques suivantes :

« C'était une tumeur glandulaire dont le processus au

lieu d'être aigu, rapide et violemment inflammatoire avait été indolent, presque chronique, sans aucune irradiation phlegmasique et n'avait pas dévié de ce mode de processus pendant toute sa durée.

On voit par là à quel degré extraordinaire de tuméfaction peut aboutir un petit organe secréteur lorsqu'il est envahi par un travail inflammatoire dont le premier effet sans doute est d'obstruer sa communication avec le canal de l'urèthre.

Dans le cas précédent le processus a été remarquable par sa lenteur et son indolence. Dans le cas suivant au contraire la marche a été très rapide et la durée éphémère. »

Observation V

(Empruntée au Dr Mauriac).

Tumeur uréthral survenue dans la région du scrotum au 60e jour d'une blennorrhagie subaiguë. — Violence du début. — Rapidité du processus. — Menace d'une inflammation phlegmoneuse. — Résolution brusque sans suppuration. —Changement de forme de la tumeur. — Prostatite: fistule uréthro-rectale. Guérison.

Le 10 février 1881 un jeune homme de 25 ans vint me consulter pour une blennorrhagie légère et séro-muqueuse, exempte jusqu'alors de toute complication, mais qui persistait depuis 2 mois malgré les médications les plus variées. L'inflammation uréthrale était à peu près nulle, la miction s'exécutait régulièrement et la prostate était saine. Comme le malade avait abusé des balsamiques

et des injections, je lui conseillai des bains et des boissons délayantes.

Le surlendemain il fut pris sans cause appréciable d'une douleur derrière le scrotum, et en y portant la main, il s'aperçut qu'il y avait là, entre les deux testicules et sur le trajet de l'urèthre une grosseur qui augmentait, du volume d'une noisette.

Je constatai en effet qu'au-dessous de la courbure du canal et à peu près sur la ligne médiane, il existait une petite tumeur dure, douloureuse, régulière, non fluctuante, libre dans le tissu cellulaire, et n'ayant d'autre adhérence qu'avec la face inférieure de l'urèthre. Le lendemain, cette tumeur avait doublé de volume : elle était entourée d'un empâtement œdémateux qui l'unissait en avant avec la peau du scrotum déjà un peu tendue et légèrement rosée.

Le 21 février le travail inflammatoire était tombé spontanément, l'œdème s'était dissipé et l'engorgement glandulaire que je croyais condamné à la suppuration, se présentait maintenant sous la forme non plus d'une tumeur, mais d'un cordon cylindrique, dur, régulier, qui partait de l'urèthre, s'avançait dans le scrotum entre les deux testicules et ressemblait au goulot très allongé et hypertrophié d'un follicule engorgé.

Au bout de 8 à 10 jours, toute trace de cet engorgement glandulaire aigu avait disparu. La résolution spontanée avait été parfaite. Je n'avais prescrit comme traitement que le repos, des bains et des cataplasmes.

Malheureusement ce malade était voué aux complications glandulaires de la blennorrhagie. Vers la fin du mois de mars il se déclara une prostatite du lobe droit. La tu-

meur devint rapidement purulente et s'ouvrit à la fois dans le rectum et dans l'urèthre.

Il en résulta une fistule uréthro-rectale. Je redoutais une dégénérescence tuberculeuse de l'organe, car l'état général du malade n'était rien moins que satisfaisant. Mais peu à peu une amélioration inespérée se produisit, les forces revinrent et au bout d'un mois la fistule était guérie ainsi que l'engorgement de la prostate et la blennorrhagie.

Observation VI

(Communiquée par le Dr P. Hamonic).

M. X..., 43 ans, commandant d'infanterie de marine.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Le malade a eu la fièvre intermittente en Afrique ; accès pernicieux très grave traité par injection de sulfate de quinine. Légère attaque de choléra en Cochinchine en 1878. Malgré son facies pâle et son aspect un peu chétif, le malade ne tousse pas et jouit d'une bonne santé. Pas de syphilis.

A vingt-cinq ans, première blennorrhagie légère ; traitée par la potion de Chopart ; guérie en trois mois. Il y a six ans, cet officier a contracté une seconde blennorrhagie intense, soignée par *Barraillier* (de Toulon) : injections de copahu et de cubèbe. Au bout de six mois et après des soins presque continus, l'écoulement a disparu en grande

partie. Il restait un suintement puriforme, et ce qui inquiétait le malade, c'est qu'il persistait « une petite boule du volume d'une noisette sur la face inférieure de la verge à sept centimètres du méat ». Cette boule fut traitée par des pommades : on donna de l'iodure de potassium à l'intérieur. Mais elle persista présentant des alternatives de recrudescence et d'amélioration, selon que le malade se fatiguait ou gardait le repos. Quand la petite tumeur augmentait de volume, le uintement devenait plus épais et réciproquement.

A ce moment, l'officier fut embarqué pour le Tonkin. Il fatigua beaucoup et un an après, spontanément à la suite d'une marche, la tumeur gonflée, devenait douloureuse ; en même temps survenait une anurie telle que lorsque la sonde franchissait l'obstacle, le malade accusait une douleur violente. Au bout de quelques jours il se forma un abcès de la grosseur d'une aveline, ouvert par le major.

A partir de cette époque, le malade urinait par le méat et par l'ouverture de l'abcès en même temps.

Le malade fut rapatrié en 1885. En France, il séjourna à la campagne et suivit un régime tonique : sa santé se reconstitua. Le pus cessa de couler de la fistule et rien ne sortit plus de cet orifice, si ce n'est l'urine au moment de la miction.

L'officier vint à Paris où il fut attaché au ministère de la marine. Le 5 février 1887, il se livra à un coït mouvementé : il assure s'être fatigué beaucoup. Deux jours plus tard se déclarait un écoulement purulent. Le malade se croyant atteint de blennorrhagie alla consulter le Dr Meige qui prescrivit santal et injections. Le suintement se tarit peu à peu, mais il persista avec une ténacité ab-

solue une goutte le matin au réveil ; cette goutte se reproduisait 7 à 8 fois dans la journée. Chaque soir la chemise était tachée. Le malade me fut envoyé le 7 avril suivant.

État actuel. — Méat urinaire rouge, lèvres collées et légèrement œdématiées. Par la pression du canal on ramène au gland une goutte d'un blanc grisâtre qui tache le linge en jaune. En examinant la partie inférieure de la verge, on constate un petit orifice infundibuliforme : c'est l'orifice de l'ancienne fistule. A la palpation on sent un trajet calleux de 3 centimètres et s'étendant de cet orifice à une tumeur du volume d'un gros pois : le trajet est dirigé d'avant en arrière et de bas en haut. Il donne au doigt à peu près la sensation d'un sol de violon. En explorant la tumeur, on reconnaît qu'elle est composée de deux lobes, un premier plus considérable auquel semble aboutir le conduit fistuleux et un second accolé au précédent, de la grosseur d'un grain de chénevis. La pression en ce point est fort peu douloureuse. Si l'on passe la bougie dans le canal on est arrêté par la petite tumeur qu'on franchit toutefois assez facilement : après l'avoir franchie, si l'on retire l'olive, on ramène du pus même si l'on a fait un lavage préalable de l'urèthre.

J'introduis un stylet très fin dans la fistule, pendant qu'une sonde métallique est placée dans le canal ; je ne perçois pas le contact des deux instruments. J'injecte du lait dans le conduit fistuleux : le lait ne reparaît pas au méat. Du reste, le malade m'affirme que depuis longtemps l'urine ne passe plus par la fistule. Il ajoute que dans une exploration faite par Barraillier, il a entendu lui-même le choc du stylet contre la sonde. D'ailleurs à ce moment la communication n'était pas douteuse : à chaque miction l'urine sortait par la fistule. Le médecin aurait même re-

marqué que la fistule était bifurquée en Y et que les deux branches divergentes aboutissaient dans le canal et la troisième à l'extérieur.

Le malade demande a être débarrassé de son suintement opiniâtre. Je conseille la dilatation progressive que je commence le 12 avril à raison de deux séances par semaine.

5 mai. — J'ai débuté par des bougies molles, en employant régulièrement la cocaïne, à cause de la sensibilité du canal. Le n° 42 Béniqué passe.

1er juin. — N° 50 passe.

25 juin. — N° 60 passe. Il est à remarquer que la dilatation a marché bien plus rapidement du 50 au 60 que du 35 au 50.

Après chaque séance de dilatation j'ai pratiqué un grand lavage boriqué du canal. Pas d'autre traitement si ce n'est deux capsules de santal par jour que j'ai accordées pour faire plaisir au malade convaincu de leur efficacité.

2 juillet. — J'ai passé le n° 60 quatre fois. On sent encore la saillie folliculaire qui a le volume d'une petite tête d'épingle. Je fais constater ce résultat aux élèves de mon dispensaire. Le trajet calleux existe encore; une grosse bougie exploratrice ne perçoit pas la moindre rugosité au niveau du rétrécissement folliculaire qui autrefois l'arrêtait brusquement.

5 septembre. — Le malade demande à être renvoyé aux colonies. Craignant un retour offensif sous l'influence de la fatigue, il vient me prier de le débarrasser du trajet calleux qui a subsisté et dans lequel on peut introduire un fin stylet. Le suintement n'existe plus, la santé est excellente, le malade a repris ses habitudes de coït.

Je conseille la galvano-caustique chimique appliquée progressivement. Le même jour première séance, pôle positif dans la main, pôle négatif en contact avec un stylet d'argent enfoncé dans le trajet fistuleux. Intensité : 6 milliampères. Durée : 5 minutes.

14 semptembre. — Cinq séances d'électrolyse ont été faites : Le stylet qui s'engageait à 3 centimètres environ ne pénètre plus qu'à un centimètre. L'électrisation n'a pas été douloureuse.

15 octobre. — En tout 11 séances d'électrolyse. Le stylet ne s'engage que dans un petit cul-de-sac cutané dont on aperçoit le fond en tendant légèrement la peau. Le conduit est complètement fermé. Par la palpation on sent un cordon fibreux qui a à peine le diamètre d'une chanterelle de violon. La saillie folliculaire n'est plus du tout perceptible. En décembre visite d'adieu du malade guéri qui part pour le Sénégal.

Observation VII

(Recueillie au dispensaire du Dr P. Hamonic).

M. Alexis S..., cocher, 30 ans.

Antécédents héréditaires. — Nuls

Antécédents personnels. — Petite vérole, bronchite sans gravité.

1re Blennorrhagie à 25 ans, guérie en deux mois par injections (?) et potions (?)

2e Blennorrhagie à 27 ans, légère. Durée : 15 jours.

3e et 4e blennorrhagie à 28 ans. Durée : 3 mois chacune.

5e Blennorrhagie à 29 ans, très aiguë pendant un mois. Il a persisté un écoulement qui n'a jamais disparu en dépit de traitements variés.

État actuel 2 juin 1887. — Taches épaisses d'un vert jaunâtre sur la chemise; goutte purulente au méat. La pression du canal, exercée d'arrière en avant ramène du pus. Pas de douleur. Par la palpation de la face inférieure du pénis on sent à 2 centimètres du méat un petit groupe de follicules composé de 4 à 5 nodules saillants, sphériques, à consistance cartilaginiforme ayant le volume de grains de plomb n° 8. A 3 centimètres plus loin on constate encore deux saillies plus considérables offrant le volume de grains de plomb n° 5. Pas de douleur en ces points. La bougie introduite permet de sentir une légère rugosité au niveau du premier groupe folliculaire : elle éprouve un ressaut brusque à la hauteur du deuxième foyer. Lavage du canal avec une solution boriquée. En pressant fortement sur les follicules on amène une goutte de pus qui paraît émaner de leur cavité. Je diagnostique uréthro-folliculite.

Traitement : dilatation progressive.

5 juin. — Le n° 37 Béniqué passe. Séances continuées à raison de deux par semaine.

13 juillet. — Le 51 passe. Persistance du suintement.

31 juillet. — Le 58 passe. id. id.

15 août. — Le 60 a passé trois fois. Lavages du canal tantôt à la résorcine, tantôt à l'acide borique depuis le 31 juillet.

2 septembre. — Le suintement n'a pas diminué : tous les jours il s'écoule 7 à 8 gouttes d'un liquide puriforme grisâtre. Instillations de nitrate d'argent au niveau du deuxième groupe folliculaire.

12 septembre. — 4 instillations ont été faites, très douloureuses. Aujourd'hui le 54 refuse de passer. Le suintement a repris plus épais, plus abondant. Je suspens les instillations. Repos, bains, santal, eau de goudron et bicarbonate de soude.

21 septembre. — La poussée aiguë est calmée ; le suintement a repris ses allures chroniques. Le 54 ne passe pas. J'essaie de détruire l'obstacle qui siége au niveau du deuxième groupe folliculaire, à l'aide de l'électrolyse : 3 séances par semaine, 10 minutes chacune, 20 milliampères.

30 septembre. — Le 58 passe. Le malade n'a jamais saigné. Les saillies folliculaires diminuent.

20 octobre. — 9 séances d'électrolyse en tout. Le 60 passe. Pas de douleur. On ne sent plus les follicules. Le suintement est notablement plus faible.

Du 20 octobre au 2 novembre cinq insufflations iodées. Le malade ne voit plus de pus. Amélioration considérable. Le 60 passe.

10 nov. — Neuvième insufflation. Pas trace de follicule. Écoulement disparu. Le malade est guéri.

Le 15 février. — L'individu revient au dispensaire et raconte que depuis deux jours à la suite de libations copieuses non accompagnées de coït, il a vu se développer au niveau de la fosse naviculaire une petite grosseur douloureuse qui atteint aujourd'hui le volume d'une lentille. Nous sommes, à n'en pas douter, en présence d'un follicule enflammé.

Observation VIII

(Recueillie au dispensaire du Dr P. Hamonic).

M. C. Arthur, 26 ans, employé de chemin de fer. Antécédents héréditaires ou personnels nuls.

Blennorrhagie en 1885. Après une période aiguë relativement courte, il persiste un écoulement qui résiste à une foule de médications.

En décembre 1886 on constate un rétrécissement valvulaire à 8 centimètres du méat. Dilatation avec les Béniqué jusqu'au 59. En mars 1887, guérison complète.

En juillet le malade revient avec une blennorrhagie aiguë contractée dans un rapport avec une femme suspecte. Traitement : Santal citrin, injections avec résorcine, quinine et sublimé.

1er août. — Écoulement disparu sauf un léger suintement puriforme. A la face inférieure de la verge on sent deux follicules du volume d'un petit pois placé à 3 et à 5 centimètres du méat : la pression en fait sourdre du pus.

Insufflation iodée comme dans le cas précédent.

22 août. — 3 insufflations ont été faites : Un des follicules a disparu. 4° Insufflation.

31 août. — La folliculite persiste, quoique améliorée.

Première séance d'électrolyse négative : 10 milliampères.

Après l'électrisation il s'écoule un peu de sang.

Antisepsie du canal au sublimé au 1000e.

5 septembre. — Amélioration. Deuxième séance d'électrolyse.

18 septembre. — Troisième séance. Injection au bismuth et au goudron.

14 septembre. — Quatrième séance. La chemise est toujours tachée par du pus.

19 septembre. — Cinquième séance.

21 septembre. — Sixième séance. État stationnaire.

26 septembre. — Septième séance. Le suintement existe toujours, mais moins abondant : les follicules sont difficilement perçus. Reprise des insufflations iodées avec un nouveau modèle d'insufflateur.

5 et 12 octobre. — Deuxième et troisième insufflation.

17 octobre. — Depuis trois jours l'écoulement a reparu : il s'est produit un nouveau follicule dont la pression fait sourdre une gouttelette de pus grisâtre.

9 novembre. — Depuis le 17, quatre insufflations ont été faites.

On ne sent plus les follicules. Aucun symptôme de rétrécissement. Le malade marche rapidement vers la guérison.

Observation IX

(Recueillie au dispensaire du Dr P. Hamonic).

M. L. Henri, 29 ans, employé.

Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. Quatre blennorrhagies.

La première à 15 ans, durée trois semaines.

La deuxième à 16 ans, durée trois mois.

La troisième à 18 ans, durée trois mois.

La quatrième à 19 1/2, n'a jamais cessé.

A 27 ans, cette dernière a subi une violente poussée aiguë : d'autres poussées moins fortes se sont greffées sur cet état chronique.

Mai 1888. — Traitement suivi : injections, potions, pilules, etc.

On constate un rétrécissement situé en arrière de la région bulbaire, long de un centimètre et demi, infundibuliforme et fibroïde.

25 mai. — Dilatation avec bougies en gomme. Le 35 Béniqué passe.

11 juin. — Six séances de dilatation ont été faites. Le 50 passe. Première insufflation iodée. Très peu de douleur.

13, 15, 17, 20 juin. — Insufflation. Le 55 passe.

24 août. — 25 insufflations ont été faites. Le suintement est séreux, peu abondant.

Aujourd'hui en explorant le canal, on remarque une folliculite de la fosse naviculaire, constituée par trois petites saillies, isolées, très dures, indolores, donnant un peu de pus par la pression. Électrolyse négative.

29 août. — On suspend l'électrolyse, l'appareil ne fonctionnant pas. Grand lavage au sublimé au 1000e.

Instillation de nitrate d'argent au 30e.

5 septembre. — L'écoulement continue. Lavage et instillation.

21 septembre. — On sent encore deux saillies folliculaires comme deux têtes d'épingle. L'écoulement persiste.

2e séance d'électrolyse. Lavage, instillation.

23, 26 septembre, 1er 5, 10 octobre. — nouvelles séan-

ces d'électrolyse. Injections astringentes, ratanhia, tannin et sulfate de zinc.

17 octobre. — L'écoulement est plus fort. Injections suspendues.

19 octobre. — Écoulement redevenu séreux. Électrolyse.

24 octobre. — L'écoulement a augmenté, il est purulent. On reprend les insufflations iodées avec un appareil plus perfectionné.

7 novembre. — Légère amélioration. Insufflation.

25 novembre. — L'amélioration continue. Le suintement est presque tari, pas de goutte le matin. L'induration cependant persiste. Insufflation.

10 décembre. — On perçoit à peine les follicules. Insufflation.

16 janvier 1889 — Le suintement a disparu totalement.

On sent encore les follicules indolores. Lavage à la créoline.

25 janvier. — Les follicules sont toujours perceptibles. Lavage à la créoline.

Pouvons-nous considérer M. L... comme guéri ? Nous ne nous hâtons pas de répondre par l'affirmative. Malgré tous les efforts thérapeutiques, les saillies folliculairse bien que considérablement amoindries, subsistent. Donc la guérison n'est pas définitive. Il importe cependant de faire la remarque suivante. Ce malade est arrivé avec un écoulement datant de 10 ans. Aujourd'hui cet écoulement n'existe plus. A peine reparaît-il de temps à autre une gouttelette incolore ne tachant pas le linge. Ce phénomène s'observe souvent chez les blennorrhagiens guéris : c'est un simple trouble sécrétoire. A la longue il disparaît. L'avenir nous dira si la guérison est acquise ou non.

CONCLUSIONS

1° Il existe des localisations de la blennorrhagie qui élit domicile dans les glandes uréthrales ; elles constituent une modalité clinique que l'on peut désigner sous le nom de folliculite uréthrale blennorrhagique.

2° Les lésions sont celles des inflammations des glandes en grappe.

3° Les causes sont en premier lieu la présence du gonocoque ; en second lieu les circonstances anatomiques qui favorisent l'entrée de ce microbe dans les cavités glandulaires et son développement.

4° Au point de vue symptomatique on doit admettre. A. — une forme suraiguë ou aiguë dans laquelle les symptômes de la folliculite se confondent avec ceux de la blennorrhagie.

B. — une forme subaiguë dont le symptôme essentiel est l'existence d'une ou de plusieurs tumeurs folliculaires appréciables au toucher.

C. — une forme chronique où ces mêmes nodosités sont difficilement perceptibles.

5° La marche des folliculites est essentiellement chronique.

6° Elles peuvent donner lieu à un rétrécissement, à un abcès glandulaire susceptible de s'ouvrir à l'extérieur et de déterminer une fistule urinaire.

7° Le diagnostic des folliculites doit surtout être fait avec le chancre uréthral, les rétrécissements et les bulbites.

8° Le pronostic des folliculites comporte toujours une certaine gravité en raison de la longueur de la maladie et de la difficulté qu'on éprouve à la guérir.

9° Le traitement consiste à détruire, à modifier ou à cautériser le foyer folliculaire et cela principalement à l'aide de l'électrolyse, des vapeurs iodées et des instillations au nitrate d'argent.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ASTRUC. — Traité des mal. vén., 1755.

AUBERT. — Des injections uréthrales dans la blenn. (Lyon méd., 1886).

BERFIELD.— Des lacunes de Morgagni dans l'uréthrite (Wien. med. Woch. n° 31, 1882).

CASPER. — Die Behandlung der chronischen gonorrhœ mit cannelirten Sonden (Berl. Klin. Woch. 1885). Pathologie et thérapeutique de la Gonorrhée (Berl. Klin. Woch. n° 5, 1887).

CHOPART. — Traité des mal. des voies urin. 1792.

CULLERIER. — Des affections blennorrhagiques, 1861.

DIAZ (Francisco). — De las carnosidades de la Verga, 1576.

DIDAY. — De l'Uréthrorrhée (Arch. gén. de méd. 1861, T. II). De la blenn. des foll. muqueux du méat de l'urèthre de l'homme (Gaz. hebdom. de méd. et de Chir., 1860).

DIDAY et DOYON.— Thérapeutique des mal. vén. et cutanées, 1876.

FERRI. — De Caruncula sive Callo (XVIe siècle).

A. FOURNIER. — Art. Blenn. in Dict. de med. et de chir. prat. De quelques erreurs de surprise dans le diagnostic du chancre syphilitique (Bull. med. n° 96, 1888).

GEZA VON ANTAL. — Emploi du massage pour dilater les rétrécissements calleux de l'urèthre (Centralblatt für Chirurgie, n° 23, 1884).

GODIN. — De l'uréthrite d'origine rhumatismale (Th. Doct. Paris, 1879.)

GUIARD. — Uréthrites latentes et uréthrites glandulaires, (Ann. des mal. des org. gén. urin. fév. 1884).

F. GUYON. — Leçons cliniques sur les uréthrites blenn. faites à l'hôpital Necker (Ann. des mal. des org. gén. urin. 1883, T. I).

HANQUET. — Des uréthrites chroniques et de leur traitement local (Arch. méd. belges, Bruxelles 1887).

P. HAMONIC. — Folliculites blenn. de l'homme (Ann. Med. Chir. sept. 1885). Des maladies vénériennes chez les Hébreux à l'époque biblique (Ann. de Dermat. et de Syph. sept. 1886). Trait. de la blennorrhée par les vapeurs iodées (Soc. de méd. pratiq., juin 1888).

HARDY. — Mémoire sur les abcès blenn. 1864.

J. HENLE. — Anatomie des Menschen, 1866, T. II.

HUNTER ET RICORD. — Traité de la mal. vén., 1852.

R. JAMIN. — Art. Urèthre in Dict. de méd. et de chir. prat. Étude sur l'uréthrite chroniq. blenn. Th. doct., Paris 1883. Des fistules juxta-uréthrales du méat comme cause de persistance de la blennorrhée (Ann. des mal. des org. gén. urin., Paris 1886, T. IV).

JULLIEN. — Traité pratique des mal. vén., Paris, 1886.

LITTRE. — Mémoire à l'Acad. Roy. des sciences, 1711.

MAURIAC. — Cas rares de tumeurs périuréthrales blenn. (Union Med., déc. 1881).

MERCIER. — De l'uréthrite chronique, de ses causes (Union Méd., 1858).

MIBELLI. — Folliculites blennorrhagiques (Boll. della Soc. tra i cultori Siena n° 3, 1885).

NIEMEYER. — Traité de Path. int., 1873.

E. ODMANSSON. — Om urethritis externa særskildt hos Mannen (Nord. Med. Archiv. Stockholm I, 1885).

F. OTIS. — Stricture of the male Urethra (New-York, 1880).

OZENNE. — Des gommes de la verge (Rev. chir., 1883).

RELIQUET. — Fistules uréthrales non urinaires (Gaz. des hôp., 1884.

MELCHIOR ROBERT. — Nouveau traité des mal. vén., 1861.

J. ROLLET. — Traité des mal. vén., 1865.

C. SMITH. — Précis cliniq. des aff. des voies urin. chez l'homme. T. I, 1880.

SWEDIAUR. — Mal. vén., 1784.

TERRANEUS. — (Laurent). De glandulis, etc. (Lugduni Batavorum, 1729).

THIAUT. — De l'uréthrite sous-muqueuse (Th. doct., Paris, 1870).

THIRY. — Recherches nouvelles sur les aff. blenn. (Bruxelles, 1856).

H. THOMPSON. — Traité pratiq. des mal. des voies urin. (Paris, 1881).

VOILLEMIER. — Traité des mal. des voies urin., 1868. T. I.

Vu par le Président de la thèse,
FOURNIER

Vu par le doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

Imprimerie des Ecoles, HENRI JOUVE, 23, rue Racine, Paris.